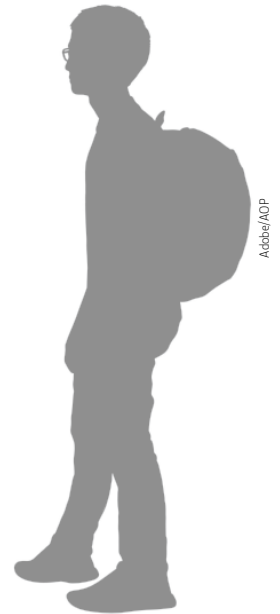


Maahanmuuttaja- taustaisen nuoren heikotus – tapauksen ratkaisu



Suomessa syntynyt 14-vuotias somalinuori tuli päivystykseen pari viikkoa jatkuneiden rintatuntemusten vuoksi. Väsymystä, heikotusta ja huimausta oli ollut pitempäänkin.

Nuorella oli ollut noin kolmen kuukauden ajan väsymystä ja heikotuksen tunnetta rasituksessa ja nopeasti ylös noustessa huimausta. Parin edeltäneen viikon ajan oli lisäksi ollut rintatuntemuksia. Sydämen löynnit tuntuivat voimakaina, tykyttelyä ei ollut, mutta vasempaan käsivarteeseen säteili rintakipua ajoittain. Mahaoireita, poikkeavia verenvuotoja tai mustelmia ei ollut eikä myöskään infektioita viime aikoina.

Potilaalla ei ollut perussairauksia eikä säännöllisiä lääkityksiä. Hän harrasti joukkueurheilua kilpatasolla 3–4 kertaa viikossa.

Vanhempien mukaan potilaan kaksi sisarusta olivat myös olleet tutkimuksissa ja hoidossa matalan hemoglobiinitason vuoksi. Isän sisaruksilla oli myös anemiaa, jota hoidettu rautalääkityksellä ja punasolusiirroilla, mutta muuta tietoa sairaudesta ei ollut.

Potilaan yleistila oli normaali eikä stauksessa todettu poikkeavaa.

Verikokeissa todettiin kolmen solulinjan muutos: hemoglobiini 73 g/l (130–170), leukosyytit 2,4 E9/l (4,5–13) ja trombosyytit 161 E9/l (200–450). Punasolut olivat pienikokoisia: MCV 68 fl (76–91), MCH 18 pg (25–35). CRP ja lasko olivat matalat, seerumin elektroylyttitasot normaalit.

EKG:ssa oli sinusrytmi, syke 60/min, johtumisajat olivat normaalit, eikä ST-

MITEN SINÄ HOITAISIT

Miten sinä hoitaisit -palsta esittelee kliinisen tapauksen, jota lukijat voivat kommentoida Fimnetin keskustelutaululla www.fimnet.fi. Poimintoja keskustelusta esitetään tapauksen ratkaisuosassa.

Työryhmä: Nina Kaseva, Mikael Kuitunen, Mika Laitinen, Anneli Lauhio, Jarkko Suomela

tason muutoksia esiintynyt. Päivystyksessä tehdyissä thoraxröntgenkuvauksessa ja vatsan kaikututkimuksessa ei todettu mitään poikkeavaa.

Verkosta poimittua

Useampikin verkkolääkäri ehdotti homotsygoottista sirppisoluanemiaa tai kantajuutta. Myös gluukoosi-6-fosfaattidehydrogenaasin puutosta pidettiin mahdollisena. Talassemiaakin ehdotettiin potilaan etninen tausta huomioon ottaen. Potilaan arveltiin voivan olla hemoglobiнопатian kantaja, koska he ovat anemiaansa sopeutuneita ja oireettomia.

Verkkolääkärit muistuttivat myös, että potilaalla voi olla monta sairautta samanaikaisesti.

Tutkimuksiksi ehdotettiin Hb-fraktioita, rautaparametreja ja perifeerisen

veren sivelyä sekä solumorfologiaa selvittämään kolmen solulinjan muutosta. ”Panee kyllä lähettämään hematologille”, totesi eräs kollega.

Verkkolääkäriä kiinnosti, onko potilas käynyt matkalla Somaliassa tai tropiikissa. Silloin voitaisiin tarvita parasiittitutkimuksia. Myös ulosteeseen veritutkimusta raudanhukan toteamiseksi kaivattiin.

Ravitsemusasioista mietittiin, saako potilas tarpeeksi rautaa, onko ruokavalio monipuolinen, noudattaako hän kasvisruokavaliota ja saako riittävästi C-vitamiinia.

Urheilijalla mahdollinen marssihe-molyyssikin tuotiin esiin. Samoin anoreksian mahdollisuus oli tullut mieleen ja kysyttiin kuukautisista.

Verkkolääkärit halusivat tietää, oliko vanhempia tutkittu, ja hemoglobiнопатoiden perinnöllisyysmekanismeja mietittiin. Eräs kollega huomautti, että maahantulo-tarkastuksessa tutkitaan verenkuva, joten verenkuvapoikkeus olisi tiedossa tai suljettu pois.

”Päällisin puolin näyttää mikrosytäariseltä anemialta”, totesi verkkolääkäri. Raudanpuuteanemiaksi sitä arveltiin, koska se on ”kumminkin yleisin”. Mainittiinpa vielä afrikkalaistaustaisten poikkeavat leukosyyttitasot ja raudan-

Seuraavana päivänä konsultoitin hematologia.

puutteesta johtuvaan anemiaan usein liittyvä trombosytoosi.

Jatkotutkimukset

Potilaalta tarkistettiin verenkuvaa vielä illalla 3 tunnin kuluttua edellisestä näytteenotosta. Siinä Hb oli 74 g/l, leukosyytit 2,1 E9/l, neutrofiilit 0,91 E9/l ja trombosyytit 171 E9/l.

Potilas päätettiin kotiuttaa hyvävointisena yöksi, ja hänet pyydettiin kontrollikäynnille seuraavana aamuna voinnin ja verenkuvan tarkistamiseksi. Hän sai mukaansa purkin uloste-näytettä varten ulosteen kalprotektiinin määrittämiseksi.

Seuraavana päivänä konsultoitin hematologia tarvittavista lisänäyhteistä. Nuori oli tuolloin hyvävointinen, ei kuumeillut eikä huimausta tai kipuja ollut. Verenkuvaa oli ennallaan, retikulosyytit 0,9 %. Tässä vaiheessa ferritiinin taso oli mittaamattoman matala, alle 3 µg/l. Myös Hb-fraktiot pyydettiin.

Hematologin konsultaation perusteella päätettiin aloittaa rautalääkitys ja kontrolloida verenkuvaa 1–2 viikon kuluttua.

Infektiolääkärin ja hematologin kommentit

Maahantulotarkastuksessa etsitään hemoglobiнопатіоіа, mutta järjestelmä ei ole mitenkään aukoton, eikä siihen voi missään tapauksessa luottaa. Hemoglobiнопатіоіа poissulku ei myöskään ole aina helppoa.

Neutropenia luokitellaan lieväksi, kun neutrofiilitaso on 1–1,5 E9/l, keski-vaikeaksi tasolla 0,5–1,0 E9/l, vaikeaksi tasolla < 0,5 E9/l ja erittäin vaikeaksi tasolla < 0,2 E9/l. Potilaan lukema 0,91 E9/l sopii näin ollen keskivaikeaan neutropeniaan. Infektoriski on siis jonkin verran lisääntynyt, mutta riskin lisäys on maltillinen, mikäli immuunijärjestelmä toimii muuten normaalisti.

Valtaosa elimistön neutrofiileistä sijaitsee luuytimessä, ja mikäli luuytimen toiminta on normaali, matalakaan perifeerisen veren neutrofiilitaso ei välttämättä lisää infektoriskiä. Potilaalla ei ollut ollut toistuvia infektioita, vain satunnaisia. Lyhytaikaisesti tasolle 0,5–1,0 E9/l pudonnut neutrofiiliarvo on suhteellisen yleinen löydös lapsilla erityisesti virusinfektioiden yhteydessä.

On lisäksi syytä muistaa, että Suomessa käytössä olevat verenkuvan viitearvot eivät aina sellaisenaan sovellu muuntaustaisen etnisten ryhmien arviointiin. Afrikkalais-taustaisessa väestössä noin 10 %:lla terveistä henkilöistä neutrofiilitaso on < 1,5 E9/l, eikä se ole yhteydessä lisääntyneeseen infektoriskiin.

Kun neutropenia liittyy anemiaan ja trombosytopeniaan, täytyy luuydinnäytteen ottamista harkita pahanlaatuisen veritaudin poissulkemiseksi. Käsidiiffi on blastitasoisten solujen etsimiseksi tutkittava aina.

Tässä tapauksessa potilas oli hyväkuntoinen, neutropenia ja trombosytopenia eivät olleet syviä ja lasko, vatsan kaikukuvaus sekä keuhkokuva olivat normaalit. Nämä puhuvat hyvänlaatuisen etiologian puolesta, vaikeivät sulje-kaan pois pahanlaatuista verisairautta.

Mikrosytoosi on harvinainen löydös akuutin leukemian yhteydessä ja edellyttää yleensä jonkin toisen sairauden (esim. talassemian tai raudanpuutteen) esiintymistä yhtä aikaa.

Jos blastitasoisia soluja ei havaita perifeerisessä veressä ja rautaparametrit osoittavat raudanpuutteen, perusteltu hoitolinja on rautalääkityksen aloittaminen ja tiivis seuranta, jossa varmistetaan vaste ja sytopenioiden väistyminen.

Lopuksi

Nuori potilas ei ollut alipainoinen (paino 64 kg, pituus 182 cm, painoprosentti

–7 %), mutta verkkolääkärin pohdinnat olivat hyvin huomiotaanvoimaisia, kun arvioidaan nuorta, jolla on huimausta ylös noustessa ja matala Hb. Ruokavalio jäi anamneesissa avoimeksi. Osa somalitaustaisista nuorista käyttää runsaasti maitotuotteita.

Viikon jälkeen veriarvoissa oli jo nähtävissä merkittävää paranemista: Hb 84 g/l, MCV 75 fl ja MCH 25 pg, Leuk 3,0 E9/l ja Trom 189 E9/l. Retikulosyyttien osuus 3,7 % oli jo merkittävästi suurempi kuin alkuvaiheessa (0,9 %), mikä sopii siihen, että rautalääkitykseen saatiin hyvä vaste.

Kalprotektiiniä tutkittiin selvittämään, ettei potilaalla ollut kehittymässä tulehduksellista sairautta, ja se osoittautui normaaliksi, kuten myös keliakiakokeet. Hemoglobiinin fraktiotutkimuksissa ei tullut esille talassemioihin sopivaa.

Kliinisesti potilaan vointi oli jo parempi. Perheen tarkemman haastattelun perusteella kävi ilmi, että myös sisarusten verenkuvamuutokset olivat korjaantuneet rautalääkityksellä. Aikuiseksi ehtinyt isosisko oli tutkittu, ja hänellä hemoglobiinifraktiot olivat normaalit.

Kolmen viikon kuluttua veriarvot olivat edelleen paremmat: Hb 104 g/l, Leuk 4,1 E9/l. Myös neutropenia oli korjaantunut (Neut 2,33 E9/l) ja trombosyyttitaso oli normaali (Trom 319 E9/l). Tässä vaiheessa potilaan vointi oli jo normaali. Yleensä raudanpuutteesta on trombosytoosi, mutta trombosyyttitaso voi myös olla hieman madaltunutkin.

Diagnoosiksi muodostui raudanpuutteenemia. ●

NIKO PAALANNE

LT, erikoislääkäri, lastentautien erikoislääkäri ja lasten infektiolääkäri
HUS Uusi lastensairaala

SAMPPA RYHÄNEN

dosentti, erikoislääkäri, lastentautien erikoislääkäri ja lastenhematologi ja -onkologi
HUS Uusi lastensairaala ja Helsingin yliopisto

MIKAEL KUITUNEN

dosentti, osastonylilääkäri, lastentautien ja lastenallergologian erikoislääkäri
HUS Uusi lastensairaala ja Helsingin yliopisto

Kolmen viikon kuluttua veriarvot olivat edelleen paremmat.